Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support
www.afsos.org

Référentiels inter régionaux
en Soins Oncologiques de Support

Escarres : prévention et prise en charge

Date : 04/01/2012

ACCORESCA
Association des Coordinateurs de Réseaux de Cancérologie

UNR.santé
Union Nationale des Réseaux de Santé

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Sommaire

- Généralités et échelle de cotation
  - Généralités
  - Prévalence, incidence et conséquences
  - Facteurs de risque, localisation
  - Echelles de cotation

- Prévention des escarres
  - Information :
    - Transmissions infirmières, place de l'IDE
    - Education du patient et de sa famille
  - Nutrition
  - Douleur
  - Gestion des postures et programme de mobilisation
  - Soins d'hygiène corporelle
  - Matériel

Le texte de couleur bleu et souligné représente un lien de navigation

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

o **Prise en charge de l'escarre**
- Objectifs des soins
- Projet de soins
- Les différents stades de l'escarre
- Choix thérapeutiques
- Prise en charge de l'escarre : stade I à IV
- Prise en charge de l'escarre : phase de bourgeonnement et de cicatrisation
- Prise en charge en fonction de la symptomatologie
- Règles générales sur la réfection du pansement
- Temps avant réfection du pansement
- Le Traitement par Pression Négative (TPN)

o **Spécificité de la prise en charge de l'escarre chez le patient en soins palliatifs et en fin de vie**

o **Annexes et liens**

o **Bibliographie**

o **Contributeurs**

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Généralités

« L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. On peut décrire trois types d'escarres selon la situation :

- **l'escarre « accidentelle » liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience ;**
- **l'escarre « neurologique », conséquence d'une pathologie chronique motrice et/ou sensitive ;**
- **l'escarre « plurifactorielle » du sujet polypathologique confiné au lit et/ou au fauteuil.**

L'escarre entraîne principalement douleur et infection. Elle peut générer chez le patient un sentiment d'humiliation. Elle est responsable d'une consommation accrue de soins et de ressources. »

(HAS. Conférence de consensus, Paris, novembre 2001)

Ce référentiel porte uniquement sur les escarres en cancérologie, apparaissant souvent lorsque la maladie est très évoluée et que les soins ont pour objectif principal le confort du patient.

La prévention des escarres est primordiale et la prise en charge de l'escarre doit être adapté au stade de la maladie du patient.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Prévalence, incidence et conséquences

Prévalence :

- **En France, une étude récente** [1] **menée dans une unité de prise en charge des escarres dans un service d'oncologie a trouvé une prévalence de 5 % (31/582). Ces 31 patients totalisaient 32 escarres réparties comme suit selon le grade : grade I (n = 16), grade II (n = 14), grade III (n = 3) et grade IV (n = 0).**

Incidence :

- **Etude de Hendrichova et al** [2]**, l'incidence des escarres chez des patients cancéreux au cours de leur séjour en unité de soins palliatifs était de 7 % (27/414).**
- **Etude de Galvin** [3]**, l'incidence était de 12 % (65/542 sur un suivi de deux ans), soit une incidence annuelle de 6 %. La répartition des 65 cas d'escarres.**

Conséquences :

- **La survenue d'escarres en cours d'hospitalisation est connue comme facteur d'allongement de la durée de séjour** [4] **.**
- **Chez des patients cancéreux, le risque de décès des suites d'une escarre était multiplié par deux** [5]**.**
- **Etude néerlandaise : les coûts inhérents à la prise en charge des escarres étaient au troisième rang après les cancers et les maladies cardiovasculaires. Ces auteurs estiment à plus de 50 000 euros le coût moyen de la prise en charge d'une escarre constituée** [6]**.**

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Facteurs de risques, localisation

Facteurs de risque des escarres

- **La dénutrition et l'immobilisation : principaux facteurs prédictifs de risque de survenue des escarres :**
  - **Les facteurs intrinsèques : malnutrition, déshydratation, état de la peau, baisse du débit circulatoire, neuropathie responsable d'une perte de sensibilité.**
  - **Les facteurs extrinsèques : facteurs mécaniques : pressions, frictions, cisaillements ou macérations prolongés.**

Localisation des escarres

- **Les zones les plus exposées sont, dans l'ordre de fréquence :**
  - **le sacrum, les talons, les trochanters**
  - **puis les coudes, le pénis (sonde urinaire), les jambes, les malléoles, la cloison nasale (sonde nasogastrique), les oreilles (lunettes à oxygène) ...**

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Echelles de cotation

Echelles de cotation du risque de survenue d'une escarre :

- **L'échelle de BRADEN : simple et claire d'utilisation. Echelle recommandée par la HAS.**
- **L'échelle de WATERLOW : complexe, destinée à la pratique pluridisciplinaire hospitalière et aux services de chirurgie.**
- **L'échelle de NORTON :**
  - **outil utilisé en ville (évaluation remboursée en ville)**
  - **ancienne, plus simple mais ne prend pas en compte le statut nutritionnel du patient, validée pour des patients de plus de 65 ans.**

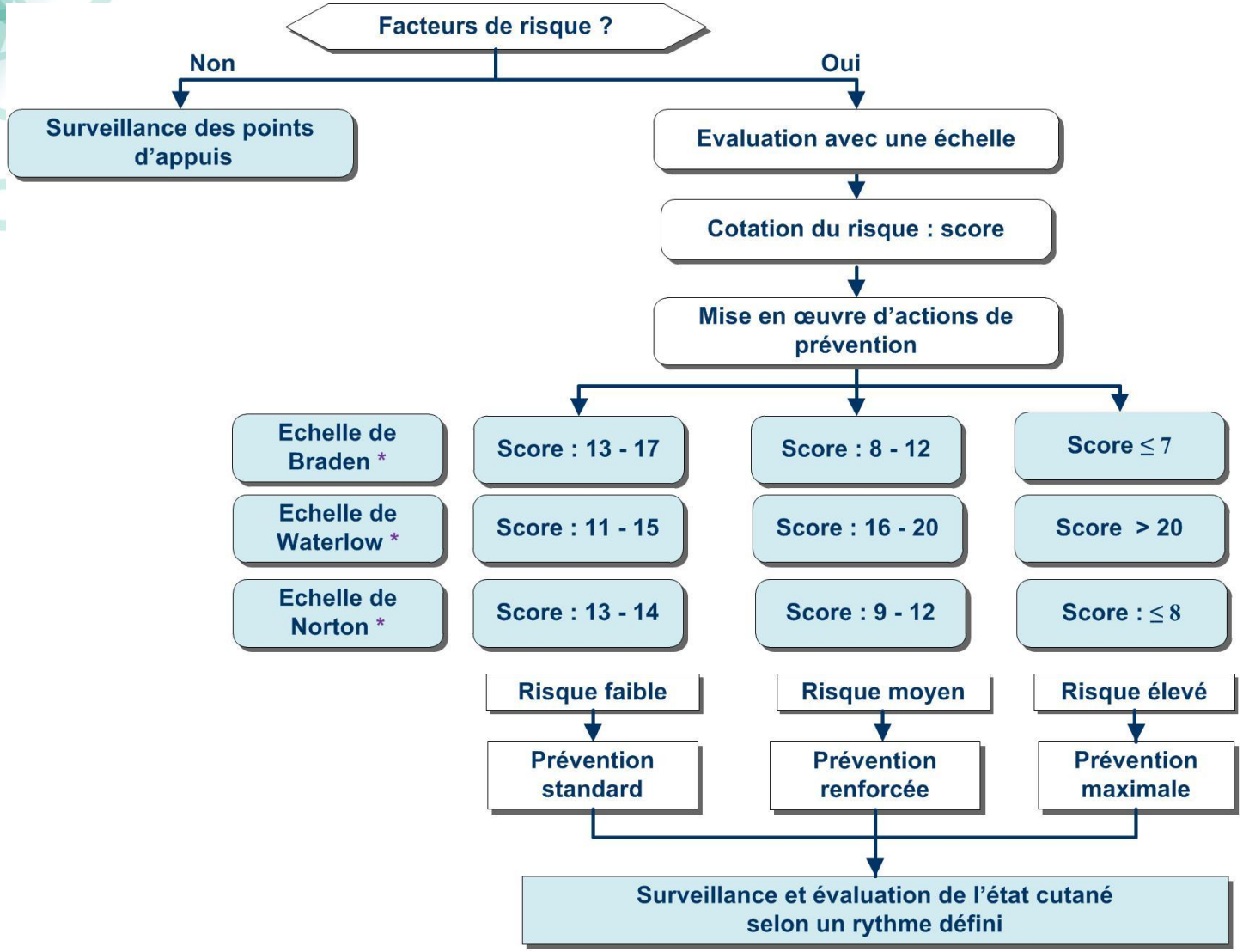
L'analyse par un outil d'évaluation doit être complétée par un jugement clinique.

Les évaluations font parties des indicateurs IPAQSS - SSR.

Fréquence d'évaluation : systématiquement pour tout patient hospitalisé et à chaque modification de son état.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Escarres : prévention et prise en charge



** Consensus AFSOS sur les cut-off*

Escarres : prévention et prise en charge

	Prévention standard	Prévention renforcée	Prévention maximale
Soins d'hygiène corporelle	1/jour	2/jour	3/jour
Surveiller les points d'appui	2/jour	Au moins 3/jour	Toutes les 4h et/ou à chaque change
Choix du matelas	Mousse à mémoire de forme et / ou coussins de positionnement	Mousse à mémoire de forme ou à air dynamique	A air dynamique systématiquement
Diététique/ Nutrition	Diététicienne Régime alimentaire personnalisé	Diététicienne Régime alimentaire renforcé en protéine	Diététicienne : visites régulières Surveillance de l'apport protéique
Traitement antalgique	Prescrire un traitement approprié, si besoin	Prescrire un traitement approprié et évalué quotidiennement	Adapter le traitement antalgique selon les évaluations régulières
Information du patient	Motivation du patient à des mobilisations régulières		
Eduquer le patient et sa famille	Sur les mobilisations régulières	Sur les risques évolutifs de l'escarre	
Kinésithérapie	Autant que de besoins		
Transmissions écrites	Oui Régulières	Oui Régulières et précises	
Planifier les mobilisations	En service de soins, planning mural : mobilisations	En service de soins, planning mural : soins et mobilisations	

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Transmissions infirmières, place de l'IDE

Transmissions infirmières/aides soignantes

- **Mobilisations du patient.**
- **Changement de l'aspect de la plaie ou de la peau.**
- **Résultat de l'évaluation du risque d'escarres, à l'aide d'une échelle.**
- **En exercice libéral :**
  - **évaluation du risque d'escarres,**
  - **évolution de la plaie.**

Place de l'IDE dans la prise en charge des escarres

- **Responsabilités dans les soins (actes, formation, matériel utilisé…), CSP (R. 4311, R. 4312).**
- **Prescription de dispositifs médicaux stériles ou non, ainsi que du matériel de maintien à domicile, arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire** [7].
  - **Selon les produits, le médecin traitant doit être ou non informé de la prescription.**
  - **La bonne prescription des pansements passe par une bonne connaissance de ces derniers.**

Collaboration : IDE, aides soignantes, pharmacien, médecin traitant et professionnel compétent en soins des plaies.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Education du patient et de sa famille

Education du patient et de son entourage en établissement et à domicile

- **Les acteurs : équipe soignante ou associations de malades.**
- **But : comprendre les mécanismes d'apparition et les grands principes de prise en charge.**
- **Programme :**
  - **Gestes de prévention :**
    - Changements de position ou les auto-soulèvements (quelques secondes toutes les demi-heures).
    - Positionnement optimal du patient.
    - Intérêt d'une nutrition adaptée.
    - Hygiène rigoureuse ainsi que le change régulier de la literie doivent être expliqués.
    - Choix des vêtements afin de prévenir les phénomènes de compression, frottement, strictions.
  - **Premiers signes annonciateurs d'une escarre : rougeur persistante ou signes d'infection.**

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Education du patient et de sa famille (2)

L'accompagnement du patient et de ses proches

- **La cicatrisation d'une escarre est un processus long et doit s'inscrire dans un véritable projet thérapeutique.**

- **L'équipe soignante devra :**
  - **Favoriser la participation du patient et de sa famille aux soins.**
  - **Informer efficacement afin qu'ils comprennent les conséquences dues à l'altération de la mobilité du patient.**

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Nutrition (cf. référentiel AFSOS)

La prise en charge de la dénutrition implique [8] :

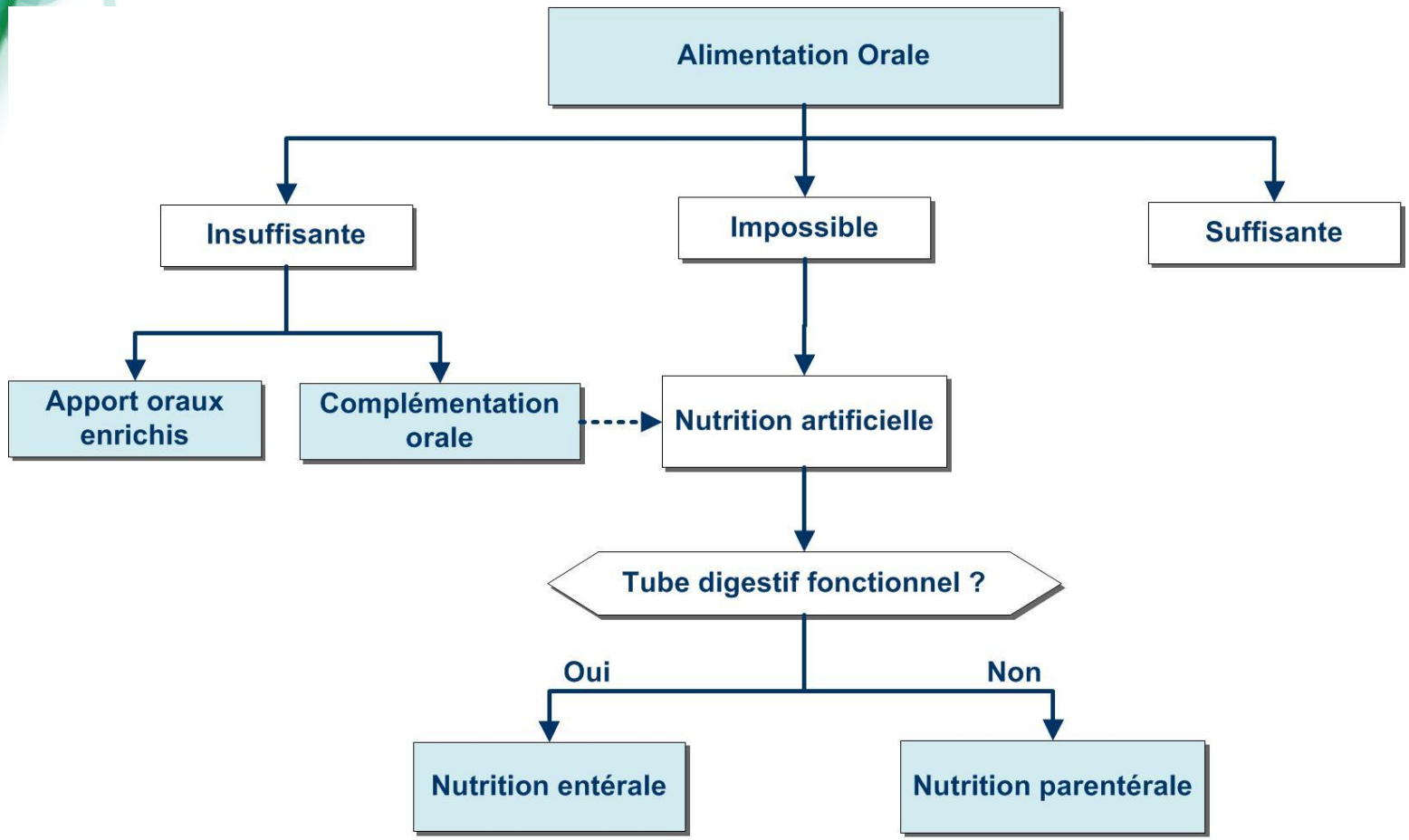
- **Une prévention : identification des sujets à risque, maintien de l'équilibre nutritionnel, évaluation clinique (tracer et surveiller la courbe de poids).**
- **Une évaluation biologique**
  - **Albuminémie (significatif si <35g/L = dénutrition modérée, <30g/L = dénutrition sévère).**
  - **Préalbumine (<200mg/L).**
  - **Protides totaux, bilan hépatique et/ou ionique pour compléter.**
- **Une surveillance : alimentaire et hydrique, cavité buccale et dentition.**

L'alimentation sera adaptée aux besoins [9] :

- **Curatif : 30 à 35 Kcal/kg/jour; 1,2 à 1,4 grammes de protéines/kg/jour.**
- **Attention : troubles digestifs ou de déglutition, goût, température des aliments…**
- **Adapter le mode de prise en fonction de l'évaluation clinique : consommer au verre (type « canard ») ou à la paille.**
- **Les Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)**

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Nutrition (2)



+ Conseils diététiques + Education du patient et information de la famille

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Douleur (cf. référentiel AFSOS)

Evaluation de la douleur

Origines de la douleur :

- **Réfection des pansements :**
  - **Antalgiques par voie générale administrés <u>avant</u> le soin (morphiniques si besoin)**
  - **ou Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) <u>au cours</u> du soin (nécessite une HAD en ville)**
- **Retrait des pansements : humidification préalable au sérum physiologique des pansements.**
- **Soins de la plaie (comme la détersion) :**
  - **Application d'anesthésiques locaux tels que :**
    - Pommade EMLA® (prescription médicale obligatoire, hors AMM) appliquée en couche fine 1 heure avant le soin sous pansement occlusif
    - ou pulvérisation de lidocaïne 5 % nébuliseur (appliqué 10 minutes avant le soin sur une compresse dépliée).
  - **Les autres méthodes n'ont pas prouvé leur efficacité (cf. hydrogel + morphine en soins locaux).**
  - **Pansement hydrocellulaire à l'ibuprofène (A évaluer dans les plaies détergées non infectées).**

Douleur de fond/chronique

Sauf en cas d'exsudats abondants avec soins douloureux :

- **Limiter la fréquence de renouvellement des pansements.**
- **Changer de préférence et régulièrement le pansement secondaire.**

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Gestion des postures et programme de mobilisation

Bilan du patient :

- Concertation kinésithérapeute - équipe soignante
- Bilan :
  - Etat cutané initial (lésions préexistantes, cicatrices récentes)
  - Possibilités ostéo-articulaires du malade
  - Etat cardio-respiratoire
  - Evaluation de la douleur
  - Etat neurologique : conscience, sensitivo moteur
  - Evaluation de l'environnement : techniques médicales (sondes, redons, intubation, etc…).

Consignes des postures ou des mobilisations écrites dans le dossier de soins du patient.

Les postures

- Décubitus dorsal (semi-fowler 30/30)
- Décubitus latéraux à 30°
- Position assise
- Position assise inclinée
- Favoriser la marche

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Gestion des postures et programme de mobilisation (2)

Les transferts

- Par deux soignants (en ville : un soignant et un aidant).
- Aides au transfert : non utilisées au détriment de la stimulation du patient.
- Si nécessaire : prescription d'antalgiques avant.
- Vérifier (voir traiter) les points d'appui ainsi que l'état de la literie.

Les mobilisations au lit du patient

- Actives :
  - Si l'état du patient le permet.
  - Souvent en décubitus dorsal et visent au maintien de la trophicité musculaire.
- Passives :
  - Patients sédatés ou comateux afin de préserver les amplitudes articulaires et empêcher les rétractions.
- Tenir compte de :
  - L'état hématologique du patient.
  - L'éventualité de lésions osseuses (métastatiques).
- Rythme et intensité dépendent de la pathologie, de l'état général, des examens médicaux prévus (patient à jeun, prémédiqué).

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Matériel d'aide à la prévention et aux soins d'escarre

Le matériel sera choisi en vue de répartir les pressions sur la plus grande surface possible du corps. Il sera mis en place après évaluation du risque par l'équipe soignante (annexe)**.**

Les coussins

Les coussins de positionnement

Les talonnières

Les blocs de mousse à découper

Les arceaux

Les matelas

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Soins d'hygiène corporelle

But :

- Préserver une peau intacte.
- Evaluation quotidienne de l'état cutané.

La toilette corporelle

- Recommander une douche quotidienne ou un brancard douche si patient alité.
- Savon doux neutre, ne pas frotter puis rincer et sécher soigneusement.

La toilette du siège

- Réalisée le plus tôt possible après l'émission de selles, effectuée après avoir changé les couches ou les alèses souillées.

L'effleurage

- **Définition :**
  - Geste léger qui doit s'exécuter sur une peau propre, à mains nues, en utilisant les doigts à plat et la paume de la main, sans dépression des éléments sous-cutanés. [12]
- **Technique :**
  - Occasion d'appliquer des produits hydratants et non colorants, bien tolérés par le patient (huile, pommade, crème) afin de faciliter le geste et d'hydrater la peau.
  - Utilisation du Corpitolinol 60 (SANYRENE®) est possible [13] [14], même si son Service Attendu (SA) est insuffisant selon la HAS [15]. Ce produit n'est pas remboursé en ville.
  - Les topiques nécessitant une application par massage ne sont pas recommandés.
- **Ce qu'il ne faut pas faire :**
  - Le massage et la friction des zones à risques sont à proscrire. Ne jamais exercer de pression sur une lésion constituée ou à proximité d'une articulation inflammatoire.
  - Ne pas léser les tissus (décoller, pétrir…), ni provoquer des douleurs.
  - Interdiction formelle d'utiliser glaçons et sèche-cheveux.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Soins d'hygiène corporelle (2)

Le change

- **Assure une literie propre, sèche, sans pli, sans particule ni présence de miettes (drap et alèse).**
- **Permet de contrôler régulièrement l'humidité de la peau et de remédier aux phénomènes de transpiration ou d'incontinence.**
- **Réalisé au minimum 3 fois / 24 heures si le patient est alité.**
- **Si matelas à air : seulement un drap non bordé.**

La gestion des fonctions sphinctériennes

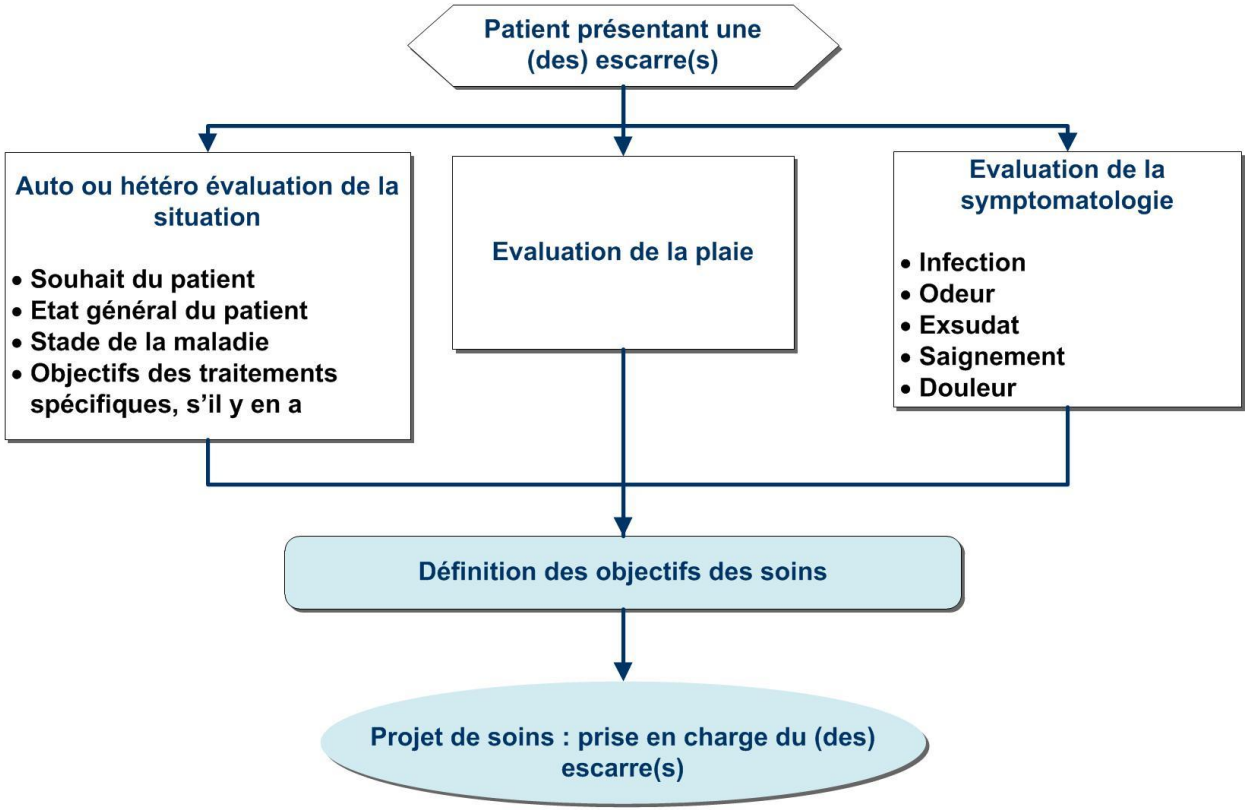
- **Identification de l'origine de l'incontinence ainsi que son caractère réversible ou définitif.**
- **Régularisation du transit.**
- **Moyens :**
  - **Etui pénien, couche absorbante (change régulier et programmé), plat-bassin ou accompagnement du patient aux toilettes dès que possible, sonde urinaire (prescription médicale).**
  - **Gestion du transit : après évaluation et sur prescription médicale, selon les indications AMM**
    - Irrigation,
    - Bouchon anal
    - Sonde anale

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Prise en charge de l'escarre constituée

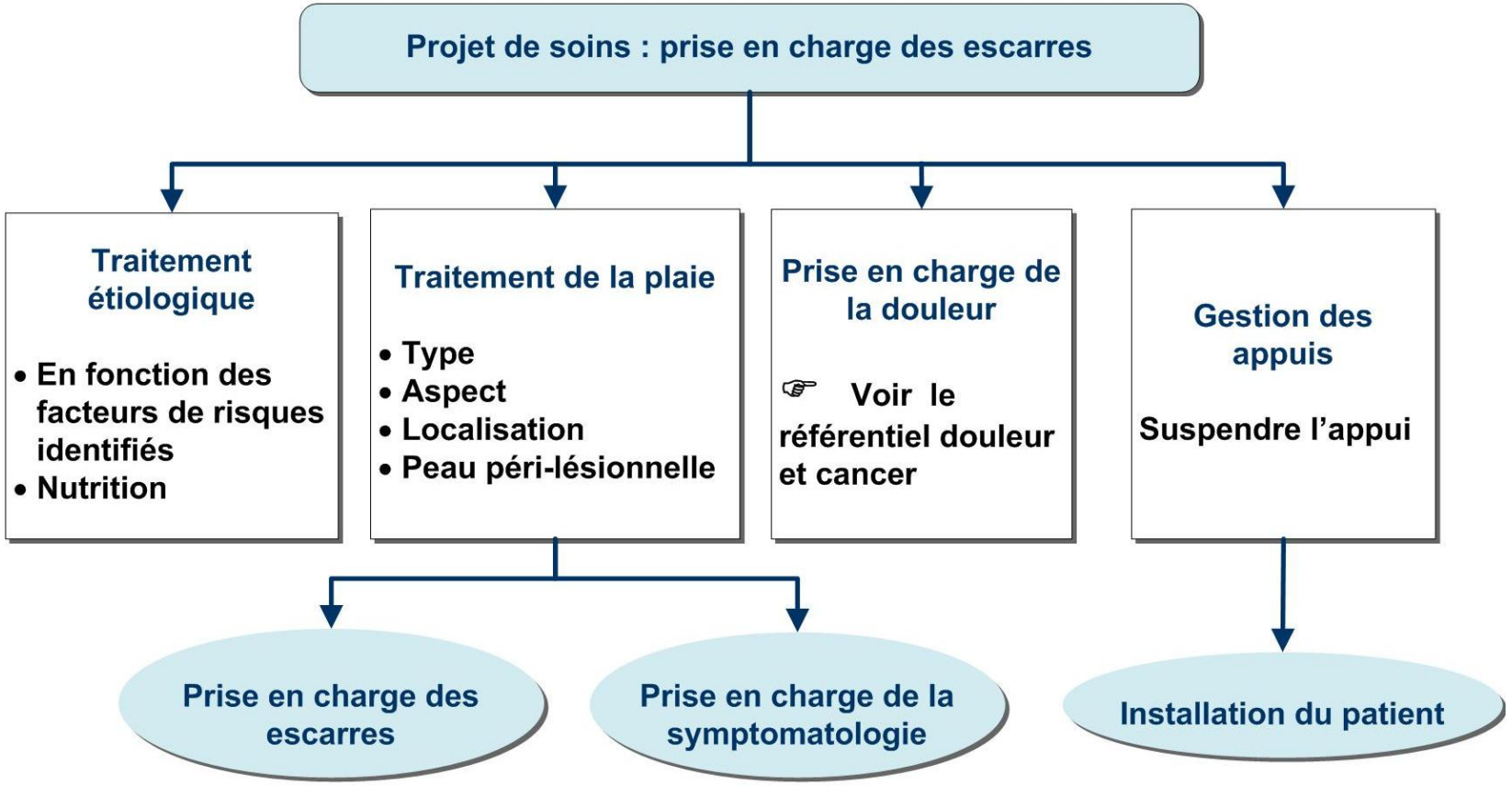
Objectifs des soins

Suite au bilan initial et à l'évaluation du risque, il est nécessaire d'élaborer un projet de soins en définissant les objectifs du soin.


Patient présentant une (des) escarre(s)
Auto ou hétéro évaluation de la situation
• Souhait du patient
• Etat général du patient
• Stade de la maladie
• Objectifs des traitements spécifiques, s'il y en a
Evaluation de la plaie
Evaluation de la symptomatologie
• Infection
• Odeur
• Exsudat
• Saignement
• Douleur
Définition des objectifs des soins
Projet de soins : prise en charge du (des) escarre(s)

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Prise en charge de l'escarre constituée


Projet de soins : prise en charge des escarres
Traitement étiologique
• En fonction des facteurs de risques identifiés
• Nutrition
Traitement de la plaie
• Type
• Aspect
• Localisation
• Peau péri-lésionnelle
Prise en charge de la douleur
☞ Voir le référentiel douleur et cancer
Gestion des appuis
Suspendre l'appui
Prise en charge des escarres
Prise en charge de la symptomatologie
Installation du patient

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Prise en charge de l'escarre constituée

Les différents stades de l'escarre (annexe : Echelle colorielle)

- **Stade I : rougeur**
  - **Lésion dermo-épidermique réversible avec érythème persistant à la simple pression du doigt mais disparaissant en quelques heures à la levée de la pression sur la zone considérée. Le revêtement épidermique n'est pas interrompu.**

- **Stade II : phlyctène et/ou désépidermisation**
  - **Lésion de nécrose épidermique avec phlyctène ou désépidermisation (phlyctène ou abrasion ou ulcération superficielle). Le revêtement épidermique est interrompu.**

- **Stade III : atteinte dermo-épidermique (avis médical)**
  - **Lésion de nécrose dermo-épidermique atteignant toute l'épaisseur de la peau. Rougeur intense périphérique, écoulement abondant et souvent nauséabond avec possibilité d'apparition de fièvre (signe d'infection) :**
    - Au stade initial : plaque noire sèche.
    - Aux stades ultérieurs : plaque de fibrine jaune ou ulcère peu profond découvrant le tissu graisseux sous jacent (rare).
  - **Prélèvements bactériologiques (écouvillonnage) : prescrits par un médecin dans des cas précis (suspicion d'ostéite, de septicémie ou pour isoler un germe précis tel SAMR). L'utilisation in situ de désinfectant ou d'antibiotiques est à proscrire.**

- **Stade IV : atteinte des tissus profonds (avis médical)**
  - **C'est une lésion de nécrose cutanée et sous cutanée atteignant les tissus profonds : fascia, muscle ou os avec deux aspects possibles :**
    - Au stade initial : plaque noire sèche.
    - Au stade ultérieur : plaque de fibrine jaune ou ulcère profond.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Prise en charge de l'escarre constituée

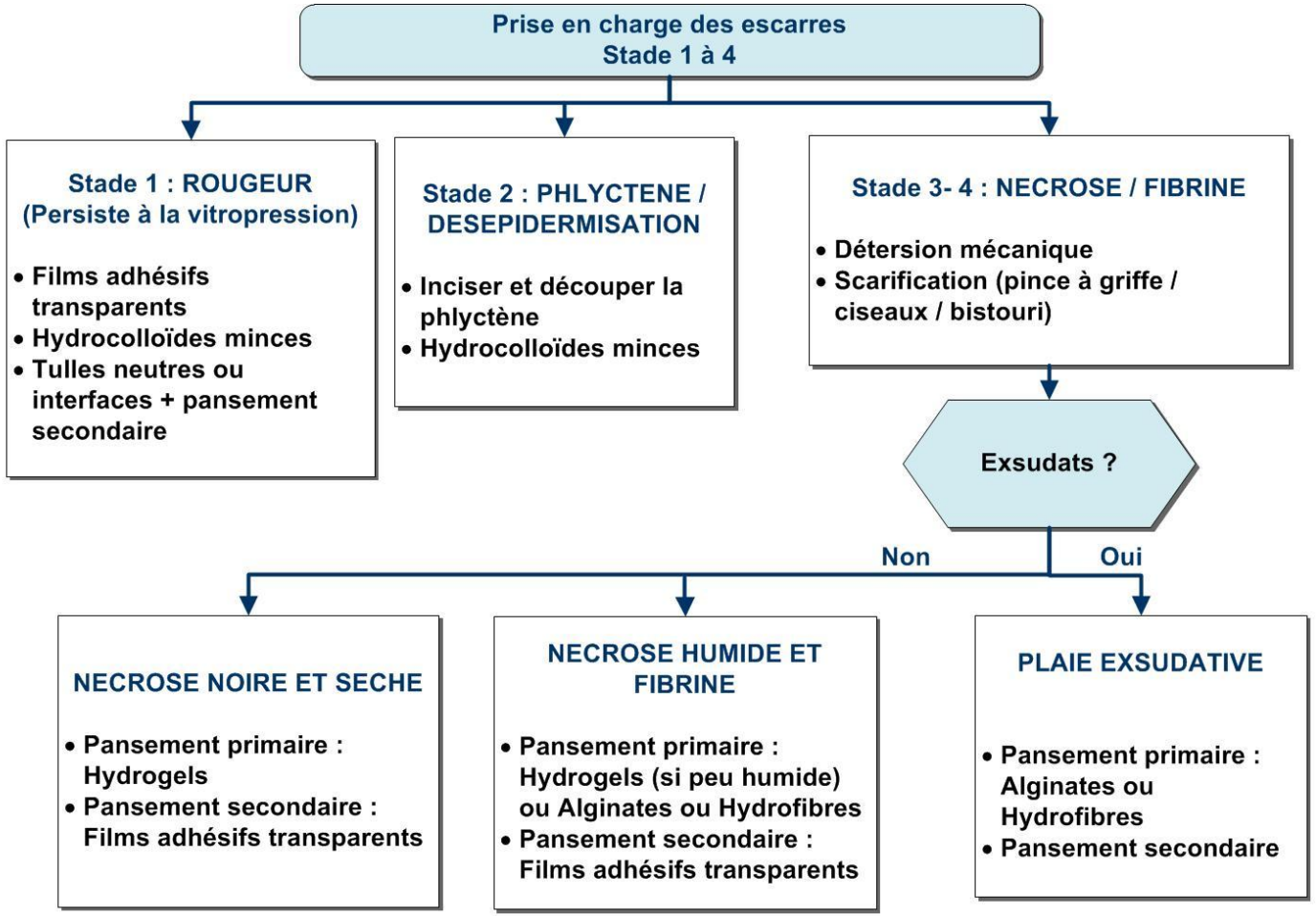
Choix thérapeutiques (annexe : tableau des gammes de pansements)

Détersion : Plaie sèche	Hydrocolloïdes Hydrogels
Détersion : Plaie exsudative	Hydrocolloïdes Fibres de CMC * Alginates
Bourgeonnement	Hydrocolloïdes Hydrocellulaires Interfaces
Epidermisation	Hydrocolloïdes Pansements vaselinés Interfaces
Plaie malodorante	Pansements au charbon
Plaie hémorragique	Alginates
Hors ligne générique (avis CEPP 2007)	Pansements à l'argent (Irrigo absorbants **)

* Non recommandés par la CNEDIMTS en dehors des plaies aigües [23]
** Les pansements irrigo-absorbants ne sont pas détaillés dans l'avis de la CEPP du 07 mars 2007. Ils sont classés avec les hydrogels dans la LPPR.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Prise en charge de l'escarre constituée


Prise en charge des escarres
Stade 1 à 4
Stade 1 : ROUGEUR
(Persiste à la vitropression)
• Films adhésifs transparents
• Hydrocolloïdes minces
• Tulles neutres ou interfaces + pansement secondaire
Stade 2 : PHLYCTENE / DESEPIDERMISATION
• Inciser et découper la phlyctène
• Hydrocolloïdes minces
Stade 3- 4 : NECROSE / FIBRINE
• Détersion mécanique
• Scarification (pince à griffe / ciseaux / bistouri)
Exsudats ?
Non
Oui
NECROSE NOIRE ET SECHE
• Pansement primaire : Hydrogels
• Pansement secondaire : Films adhésifs transparents
NECROSE HUMIDE ET FIBRINE
• Pansement primaire : Hydrogels (si peu humide) ou Alginates ou Hydrofibres
• Pansement secondaire : Films adhésifs transparents
PLAIE EXSUDATIVE
• Pansement primaire : Alginates ou Hydrofibres
• Pansement secondaire

Eviter les renouvellements de pansement trop fréquents, respecter les recommandations du fabricant et la surveillance de la plaie.

Transmissions écrites : utilisation de fiches de suivi.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Prise en charge de l'escarre constituée

Prise en charge des escarres : phase de bourgeonnement et phase de cicatrisation

Phase de bourgeonnement

- Protéger les îlots de cicatrisation

Exsudats ?

Oui

- Pansement primaire : Alginates ou Hydrofibres
- Pansement secondaire

Non

- Pansement primaire : Hydrocolloïdes ou Hydrocellulaires ou Tulles neutres ou Interfaces
- Pansement secondaire (uniquement sur les tulles neutres)

Cicatrisation ou Phase d'épidermisation

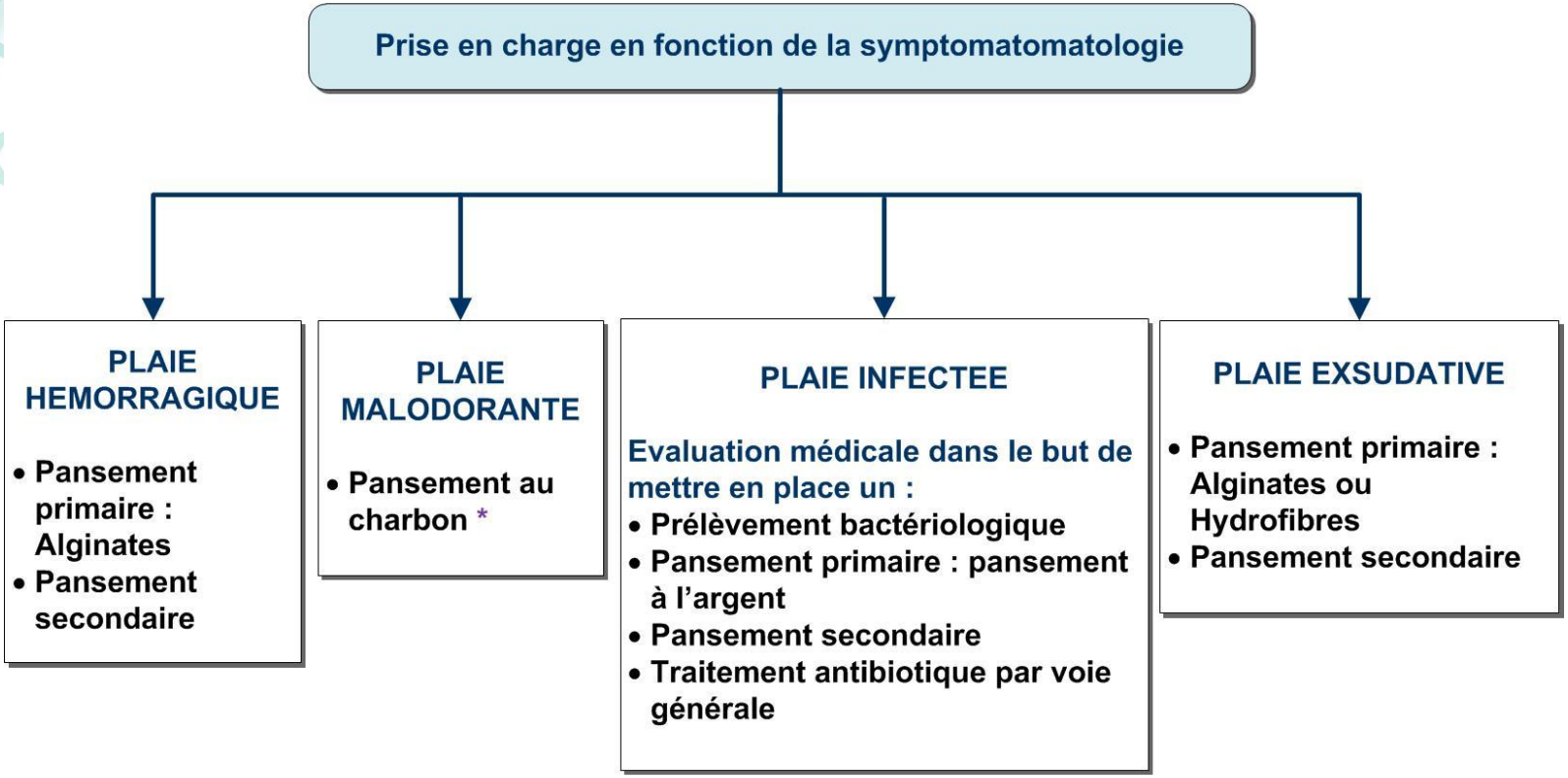
- Pansement primaire : Hydrocolloïdes ou Hydrocellulaires ou Tulles neutres ou Interfaces
- Pansement secondaire (uniquement sur les tulles neutres)

Eviter les renouvellements de pansement trop fréquents, respecter les recommandations du fabricant et la surveillance de la plaie.

Transmissions écrites : utilisation de fiches de suivi.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Prise en charge de l'escarre constituée


Prise en charge en fonction de la symptomatomatologie
PLAIE HEMORRAGIQUE
• Pansement primaire : Alginates
• Pansement secondaire
PLAIE MALODORANTE
• Pansement au charbon *
PLAIE INFECTEE
Evaluation médicale dans le but de mettre en place un :
• Prélèvement bactériologique
• Pansement primaire : pansement à l'argent
• Pansement secondaire
• Traitement antibiotique par voie générale
PLAIE EXSUDATIVE
• Pansement primaire : Alginates ou Hydrofibres
• Pansement secondaire

** Le pansement au charbon, selon sa présentation et la quantité d'exsudats, peut être utilisé en pansement primaire ou en pansement secondaire.*

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Prise en charge de l'escarre constituée

Règles générales sur la réfection du pansement

- **Les soins d'escarres ne sont pas des soins stériles.**

- **Lavage de la plaie : eau non stérile, eau savonneuse, sérum physiologique.**

- **Vérification peau péri-lésionnelle :**
  - **Si la peau péri-lésionnelle est lésée, la protéger avec une pâte à l'eau et ne pas utiliser de pansements adhésifs (préférer une bande de fixation ou un filet ou un pansement hypoallergénique collé à la peau saine).**
  - **Ne pas utiliser de produits colorants ou antiseptiques sur la plaie et la peau péri-lésionnelle.**

- **Pansement secondaire :**
  - **Sur tulles ou interfaces : compresses sèches et bandes de fixation.**
  - **Sur pansements peu absorbants avec une plaie exsudative : pansements absorbants stériles et bande de fixation.**
  - **La Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDiMTS) considère que le cumul sur une plaie de plusieurs pansements dits actifs n'a pas d'intérêt médical démontré.** [16]

- **Le temps avant réfection du pansement dépend du positionnement et de l'évolution de la plaie ainsi que des recommandations du fabricant.** [17]

- **Annexe : fiche de suivi des plaies**

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Prise en charge de l'escarre constituée

Temps avant réfection du pansement :

- **En phase de détersion ou en cas de plaie infectée tous les jours ou 2 jours**
- **Phase de bourgeonnement et d'épidermisation : laisser en place autant que possible**
- **Phase d'accompagnement palliatif: le moins souvent possible**

	Tous les 2 à 3 jours	Tous les 3 à 5 jours	A décollement ou si signe de saturation
Film adhésif transparent		X	X
Hydrogels	X		
Alginates	X		
Hydrofibres	X		
Hydrocellulaires		X	X
Tulles ou interfaces	X		
Hydrocolloïdes			X
Pansement au charbon	X		

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Le Traitement par Pression Négative (TPN)

Mode d'action :

- **Environnement humide :**
  - **Favoriser la phase de granulation.**
  - **Eliminer les exsudats en excès.**
- **La plaie est recouverte par un pansement de type mousse ou compresse qui est relié à une source de dépression (hors vide mural) et à un système de recueil des exsudats.** [18]

Indication pour le traitement de l'escarre :

- **Escarre de stade 3 ou 4 dans l'objectif d'un geste de couverture chirurgicale après échec des traitements conventionnels.** [19] [20] [21] [22] [23]

Mode d'emploi :

- **Réservé à des équipes expérimentées et formées** [24] **en établissement de santé (Hospitalisation A Domicile comprises).**
- **Renouvellement : deux à trois fois par semaine.**
- **« En l'absence d'amélioration lors de deux changements de pansement consécutifs ou à l'issue d'une semaine d'utilisation, le traitement par pression négative doit être arrêté » HAS.** [19]
- **Effets indésirables (douleur, macération, risque hémorragique…) et contraintes liées à son utilisation (bruit, asservissement au dispositif…).** [19]

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Spécificité de la prise en charge de l'escarre chez le patient en soins palliatifs terminaux et en fin de vie

Objectifs

- **Limiter l'évolution des escarres présentes et prévenir l'apparition de nouvelles plaies.**
- **Améliorer la qualité de vie du patient.**
- **Adapter le projet de soins à la situation du patient : évaluer le bénéfice/risque pour chaque soins apportés.**

Les odeurs

- **Permanentes ou au moment de la réfection du pansement.**
- **Impact social important, gestion de l'environnement du patient.**
- **Pansements en première intention (alginates, pansements à l'argent ou au charbon).**
- **Utilisation de pansements au charbon en pansement secondaire.**
- **Traitement :**
  - **Nettoyage soigneux de la plaie et l'excision des tissus nécrotiques, si besoin (palliatif terminal).**
  - **Changement régulier des pansements.**
  - **Traitement par métronidazole (prescription médicale obligatoire hors AMM) :**
    - Application locale de gel à 0,75 % ou crème à 1 % (ex : Rozex®).
    - Traitement systémique si plaie très exsudative.

Les exsudats

- **Utilisation des pansements très absorbants : hydrocellulaires, alginates, hydrofibres, pansements super absorbants en polyacrylate, pansements type américain.**
- **Renouvellement fréquent dès saturation.**
- **Protection de la peau péri-lésionnelle des phénomènes de macération (pâte à l'eau).**

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Spécificité de la prise en charge de l'escarre chez le patient en soins palliatifs terminaux et en fin de vie (2)

Les saignements

- Au retrait des pansements et parfois lors des gestes de détersion.
- Saignements au retrait :
  - Humidifier les pansements à l'aide de sérum physiologique au moment du retrait.
  - Privilégier les pansements non adhérents (interfaces, hydrocellulaires).
  - Si possible : utiliser l'eau oxygénée (à rincer) pour les saignements en nappe (si non douloureux).
- Pour les saignements continus :
  - Privilégier les pansements par alginates.
  - Ou utilisation prudente d'adrénaline (1mg /mL) en instillation locale en cas de saignements non contrôlables.
  - Hémostatique de contact (milieu hospitalier ou HAD).

L'infection

- Une infection locale = augmentation du volume des exsudats, douleurs, odeur nauséabonde.
- Traitement local :
  - Soins quotidiens (si possible).
  - Pansements antibactériens : pansements à l'argent, mèches iodoformées, pansements au PHMB (PolyHexaMéthylène Biguanide).
  - L'antibiothérapie systémique est à discuter en fonction du contexte clinique.

Psychologie

- Attention retentissement esthétique, psychologique et social de l'escarre.
- L'intervention d'un psychologue peut être nécessaire.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

ANNEXES ET LIENS

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Echelle de BRADEN

Sensibilité	Humidité	Activité
1 complètement limitée	1 constamment humide	1 confiné au lit
2 très limitée	2 très humide	2 confiné en chaise
3 légèrement limitée	3 parfois humide	3 marche parfois
4 pas de gêne	4 rarement humide	4 marche fréquemment
Mobilité	**Nutrition**	**Frictions et frottements**
1 totalement immobile	1 très pauvre	1 problème permanent
2 très limitée	2 probablement inadéquate	2 problème potentiel
3 légèrement limitée	3 correcte	3 pas de problème apparent
4 pas de limitation	4 excellente	

≥ 18 : risque bas 13 à 17 : risque modéré 8 à 12 : risque élevé ≤ 7 : risque élevé

http://www.escarre.fr/

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Echelle de WATERLOW

Masse corporelle*	Aspect visuel de la peau	Sexe et âge
0 moyenne 1 Au-dessus de la moyenne 2 Obèse 3 En-dessous de la moyenne	0 Saine 1 Fine / grêle 1 Sèche / Déshydratée 1 Oemateuse 2 Décolorée 3 Irritation cutanée	1 Masculin 2 Féminin 1 14 à 59 2 50 à 64 3 65 à 74 4 75 à 80 5 81 et +
Incontinence	**Mobilité**	**Appétit**
0 Totale / Sonde 1 Occasionnellement 2 Incontinence fécale, sonde 3 Incontinence double	0 Complète 1 Agité 2 Apathique 3 Restreinte 4 Immobile / Traction 5 Patient mis au fauteuil	0 Moyen 1 Faible 2 Alimentation par sonde gastrique uniquement 3 A jeun, anorexique
Malnutrition des tissus	**Déficience neurologique**	**Médicament**
8 Cachexie terminale 5 Déficience cardiaque 5 Insuffisance vasculaire périphérique 2 Anémie 1 Tabagisme	4-6 Diabète, Sclérose en plaque, AVC, Déficit sensoriel, Paraplégies	4 Cytotoxiques, Corticoïdes à haute dose, Anti-inflammatoire **Chirurgie / Traumatisme** 5 Orthopédie, Partie inférieure, Colonne 5 Intervention de + de 2 heures

> 10 : risque > 15 : haut risque > 20 : très haut risque

*Poids par rapport à la taille

http://www.escarre.fr/

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Echelle de NORTON

Condition physique	Condition mentale	Activité	Mobilité	Incontinence
1 mauvaise	1 stuporeux	1 couché	1 immobile	1 fécale et urinaire
2 pauvre	2 confus	2 fauteuil	2 très limitée	2 urinaire
3 moyenne	3 apathique	3 marche aidée	3 peu limitée	3 occasionnelle
4 bonne	4 alerte	4 ambulant	4 complète	4 continent

≤ 16 : risque élevé > 16 : risque bas

http://www.escarre.fr/

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Les Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)

Remboursement LPPR [10]**, délivrés par la pharmacie ou par les prestataires de service.**

De préférence hyperprotidiques / hypercaloriques, apport de 20g de protéines / unité.

Rincer la bouche après consommation (effet rémanent désagréable des protéines). [11]

Les jus de fruits (Jucy) n'apportent que 8g de protéines pour 300 Kcal => privilégier les formes lactées.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

INSTALLATION AU LIT DU PATIENT

Définition

Il s'agira aussi bien du positionnement que du matériel nécessaire à son installation, pour le patient qui du fait d'une altération de son état général, reste alité en décubitus dorsal au moins 20 heures sur 24. Il sera nécessaire d'adapter les soins en fonction des étiologies de cette altération de l'état général et des objectifs de la prise en charge (patient tétraplégique, phlébite, compression médullaire, asthénie, phase terminale…)

Objectif

Maintien du confort du patient et prévention des complications du décubitus dont les plus fréquentes sont l'escarre, la phlébite, l'enraidissement articulaire et l'encombrement pulmonaire (Syndrome restrictif ⇨ troubles de la ventilation)…

Préalable

L'homme n'est fait pour rester en permanence ni debout, ni assis, ni couché. Lorsque son état général se dégrade, il passe le plus clair de son temps dans son lit, ce qui devient vite inconfortable, dangereux pour son intégrité corporel et démotivant.
Nous ne parlerons pas de l'installation des patients présentant des pathologies associées nécessitant une installation particulière (exemples: insuffisance cardiaque, paraplégie, fracture, lymphœdème, artérite, escarre...).
Nous ne décrirons pas non plus les différents types de matelas anti-escarres.

Matériel

1. un lit à sommier articulé à lattes et à 3 vérins électriques : un pour monter et baisser le lit, un pour monter et baisser la tête du lit et un pour relever horizontalement la moitié inférieure du lit en position « relax »
2. matelas standard
3. matelas CLINPLOTS
4. matelas à pression alternée (SENTRY)
5. oreillers
6. matériels de posture : blocs de mousse, bottes de décharge…

Installation en décubitus dorsal

Il n'y a pas de position universelle offrant à tous le même confort. Voici cependant les « trucs » qui marchent en général.

Positionnement du malade pendant la journée
Le patient souhaite souvent avoir la tête de lit relevée. Il faudra veiller à ce que le bassin se situe au niveau de l'articulation entre lit et tête de lit. Lorsque le tronc est relevé, la pesanteur fait glisser le patient vers le pied du lit. La cassure du sommier se retrouve au milieu du dos. Il faudra donc remonter plusieurs fois par jour le patient pour repositionner le bassin à sa bonne place. Le malade pourra aider les soignants en prenant appui sur ses pieds (MI en crochet) pour soulever le bas du tronc et en tirant avec les bras sur la potence du lit pour soulever les épaules et la tête. Ou alors pour éviter d'avoir à le remonter trop souvent on peut caler entre l'extrémité du lit et les pieds du patient, une mousse qui pourra limiter le glissement.

Positionnement de la tête
Un oreiller calé sous la tête compense l'antépulsion de la colonne cervicale. Cet oreiller ne doit pas soulever les épaules au risque d'entraîner une cyphose dorsale limitant le confort et l'amplitude respiratoire. Il ne doit pas non plus être trop gros sinon il crée une mauvaise position.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Copyright RRC RA

Positionnement des pieds
Un oreiller bien étalé sous les mollets ou le pied du lit électrique relevé diminue l'appui des talons et maintien un léger flexum des genoux, relâchant ainsi les coques condyliennes et la colonne lombaire, sans entraver les mouvements actifs du patient. On pourra aussi ajouter un traversin ou oreiller au bout du lit pour éviter l'équinisme. Les mobilisations quotidiennes du patient et surtout ses installations et réinstallations en position de référence seront déterminantes pour une bonne posture et éviter les malpositions.

Positionnement du malade la nuit
Le lit sera si possible remis à plat un oreiller sous la nuque.

Installation en décubitus latéral

- Le décubitus latéral (2/3 arrière) peut être une alternative en cours de journée au décubitus dorsal. Le lit sera mis à plat. On calera le patient avec des oreillers dans le dos (coincés entre la barrière et le dos), un petit oreiller entre les genoux et un oreiller sous la tête.
- Positionnement de l'épaule déclive en antépulsée + dos calé

Risques précautions contre-indications

1- Risque d'ankyloses

Les postures « anti-équinisme » ne sont pas très efficaces soit parce qu'elles représentent une contrainte entraînant un risque d'escarre soit parce que le malade s'en échappe en bougeant les jambes. Une mobilisation quotidienne réalisée par un kinésithérapeute devrait suffire à prévenir tout risque d'enraidissement articulaire : équinisme, flexum de genoux de hanche...

2- Risque de perte d'autonomie

La position à plat dos, enfoncé dans un matelas moelleux, limite énormément les possibilités fonctionnelles du patient. Il est un peu comme une tortue à l'envers, incapable d'attraper son téléphone sur la table de chevet si celle-ci n'est pas collée au lit, de boire si son adaptable est resté à 50cm du lit, de sonner si sa sonnette ne pend pas au dessus de son nez... Il faudra donc toujours s'assurer après toute intervention des soignants que tous les accessoires qui lui sont utiles sont à portée de main.

3- Pieds relevés

Si, pour diverses raisons, les pieds du patient doivent être relevés (œdème des membres inférieurs ou risque de phlébite), il sera toujours plus confortable d'incliner le lit entier en déclive (la tête légèrement en bas) puis de relever le dossier plutôt que de relever le pied du lit. Car relever le pied du lit, augmente l'appui sur les talons, tire sur les ischio-jambiers, et met le genou en hyper extension.

4-Risque d'escarres

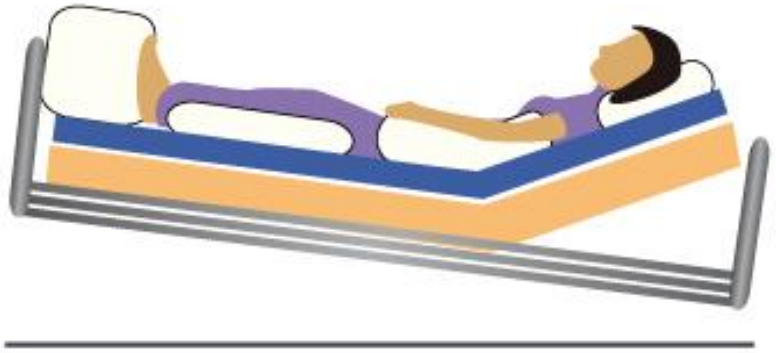
Quelque soit la posture et l'installation du patient, la bonne prévention des escarres passe par la surveillance et le changement régulier de position et l'effleurage des points d'appui.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2

Copyright RRC RA

Gestion des postures

Décubitus dorsal semi-fowler



Copyright ONCOLOR

Décubitus latéraux (droit ou gauche)

Copyright ONCOLOR

Gestion des postures (2)

Position assise droite

Copyright ONCOLOR

Position assise inclinée

Copyright ONCOLOR

Matériel d'aide à la prévention et aux soins d'escarre

Les coussins

- **Prévention des escarres en position assise sur un fauteuil simple ou un fauteuil roulant. Utiliser des housses de protection. Un coussin par patient.**

	Classe Ia	Classe Ib	Classe II
Indications	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
Fabrication	Matériel de série		
Remboursement*	un tous les ans	un tous les deux ans	un tous les trois ans
Matériaux	- Mousse polyuréthane - Air statique - Eau - Mixte : mousse et eau	- Gel - Mousse et gel - Mousse structurée en plots amovibles de densité variable - Fibres siliconées	- Pneumatiques à cellules télescopiques - Structure élastomère en nid d'abeille - Mousse viscoélastique thermoréactive

* Le remboursement se fait sur la base du tarif LPPR pour l'achat d'un coussin avec 2 housses

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Matériel d'aide à la prévention et aux soins d'escarre

Les coussins de positionnement

- **Utilisés pour la position allongée.**
- **Sous forme :**
  - **d'enveloppes souples remplies de particules de mousse viscoélastique ou des microbilles légères et mobiles de polystyrène expansé**
  - **d'enveloppes souples (coussins en triangle) ou rigides (cale de décubitus) en mousse viscoélastique seule.**
- **Recouverts d'une housse de protection en jersey (ou alèse) en textile ou plastifiée.**
- **Entretien :**
  - **L'alèse textile est changée 1 fois par jour.**
  - **A la sortie hospitalière du patient : la mousse est jetée si non protégée par une alèse plastifiée.**

Remarque :

Les coussins d'assise ou de positionnement ne doivent pas être détournés de leur indication (ex : mise en décharge talonnière).

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Matériel d'aide à la prévention et aux soins d'escarre

Les talonnières

- **Elles évitent le frottement, à réserver aux patients spastiques ou agités.**
- **Séjour hospitalier : dédiées au patient pendant, désinfectées entre chaque patient.**
- **Fonds de lit : coussins spécifiques (mousse, forme ergonomique) mise en décharge simultanée des deux talons.**

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Les blocs de mousse à découper

- En établissement de santé.
- Utilisés pour des pathologies plus spécifiques ou des mensurations plus rares.
- Protégés par un jersey, fourni sur mesure par le kinésithérapeute.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Les arceaux

- **Suppression du poids de la literie sur le malade alité.**
- **Ils doivent être disponibles dans chaque secteur de soins.**
- **Entretien :**
  - **Tous les jours et à la sortie du patient,**
  - **Avec une solution de désinfectant-décontaminant (DD).**

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Les matelas (annexe)

- **Housse de protection (imperméable aux liquides mais perméable à l'air) et literie adaptée (coton, draps propres…).**
- **Entretien et conseils :**
  - **Chaque jour, nettoyage-désinfection de la housse avec une solution désinfectant–décontaminant (DD) et vérification de la bonne qualité du matelas (plot, fuite d'air, mousse…).**
  - **A la sortie du patient, la housse est nettoyée dans une solution de DD.**
  - **En cas de nettoyage difficile dans le service, la housse peut être traitée en machine à laver à 80° C.**
  - **« Effet hamac » : drap du dessous ou alèses bordés provoquent des phénomènes de cisaillement et de surpression. Le corps du patient repose sans « être suspendu ».**
  - **Le poids du patient doit être compatible avec le poids recommandé pour le matelas ou le surmatelas.**

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Escarres : prévention et prise en charge

	Classe Ia *	Classe Ib	Classe II	Classe III
Indications	Risque faible			Risque faible + antécédent d'escarres
Remboursement	Un par an (matelas ou surmatelas)	Un tous les deux ans (matelas ou surmatelas)	Un tous les trois ans (matelas ou surmatelas)	Un tous les cinq ans (matelas ou surmatelas)
Prévention	- Alité <15h Mousse gaufrier - Alité <12h Eau (surmatelas) - Alité >15h Mousse + eau/air	- Alité <15h Air statique ou fibres siliconées - A forte viscosité (gel) - Alité >15h Mousse à modules amovibles	- Alité >15h Mousse viscoélastique - Alité = 24h Pneumatique à cellules télescopiques (surmatelas)	- Alité >15h Multistrates (trois couches de mousse)
Risque faible	- Alité <15h : Mousse gaufrier	- Alité <15h Air statique ou fibres siliconées - A forte viscosité (gel)		
Risque moyen	- Alité <15h : Mousse gaufrier - Alité >15h Mousse + eau/air	- Alité <15h Air statique ou fibres siliconées - Alité >15h Mousse à modules amovibles	- Alité >15h Mousse viscoélastique	- Alité >15h Multistrates (trois couches de mousse)
Risque élevé			- Alité = 24h Pneumatique à cellules télescopiques	

* En ville, dans les **matelas à air de classe Ia** : seuls ceux à pression alternée sont pris en charge par la tarification LPPR. Les matelas à air de type : pression constante ou motorisés à perte d'air ne sont pas pris en charge.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

et prise en charge

Dispositifs médicaux d'aide à la prévention des escarres

Désignation	Base remboursement	Code acte

1. **Compresseurs** pour surmatelas pneumatique à air statique et à pression alternée, seuls sont pris en charge les compresseurs réglables en pression.

Achat d'un compresseur	160.00	AAD *
Location hebdomadaire d'un compresseur	11.00	AAD
Forfait livraison à domicile	17.68	AAD

2. **Coussins** (achat du coussin + 2 housses)

Coussins de classe IA et IB*	66.63	MAD *
Coussins de classe II	184.50	MAD
Coussins ischiatiques sur mesure	228.67	MAD
Accessoires pour coussins		
Housse de remplacement	15.24	MAD
Coussin de décharge du talon, des coudes ou des genoux	16.01	MAD

*la prise en charge est assurée dans la limite d'un coussin par an pour la sous-classe IA et 1 tous les 2 ans pour la sous-classe IB ; 1 tous les 3 ans pour la classe II

3. **Matelas** ou **surmatelas** de **classe IA**, à hauteur d'un seul par an.

Matelas ou surmatelas de classe IA	50.00	AAD
Matelas ou surmatelas type « Gaufrier »	137.00	AAD
Matelas ou surmatelas à pression alternée	50.00	AAD
Matelas ou surmatelas mixte	230.00	AAD

4. **Matelas** ou **surmatelas** de **classe IB**, à hauteur d'un tous les 2 ans.

Matelas ou surmatelas à air statique ou à air motorisé	298.00	AAD
Matelas ou surmatelas avec produits à forte viscosité	137.00	AAD
Matelas ou surmatelas en mousse structurée	230.00	AAD

5. **Matelas** ou **surmatelas** de **classe II**, à hauteur d'un tous les 3 ans.

Pneumatique à cellules télescopiques	400.00	AAD
A mémoire de forme	De 250 à 300.00€ selon modèle	AAD

6. **Matelas** ou **surmatelas** de **classe III**, à hauteur d'un tous les 5 ans.

Mousse multistrate	400.00	AAD

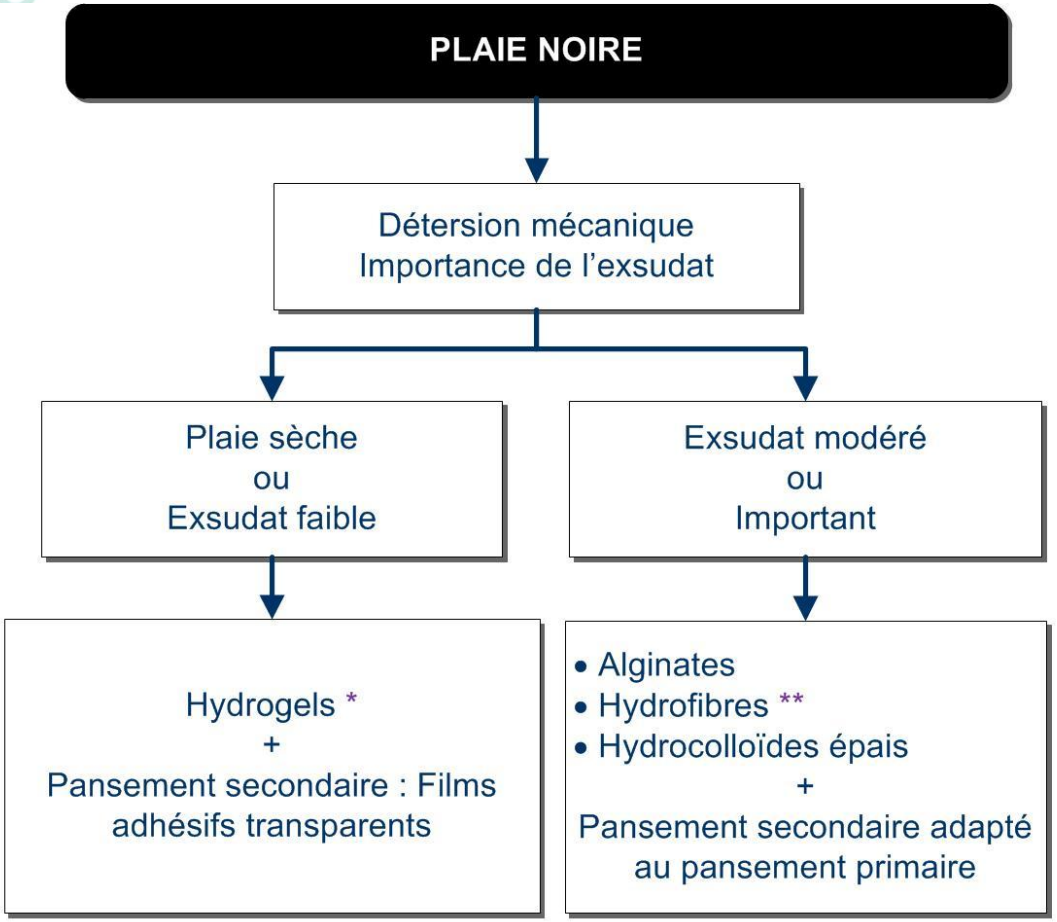
* Codes actes de la sécurité sociale.

Copyright ONCOLOR

Echelle colorielle des escarres NPUAP [25]

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

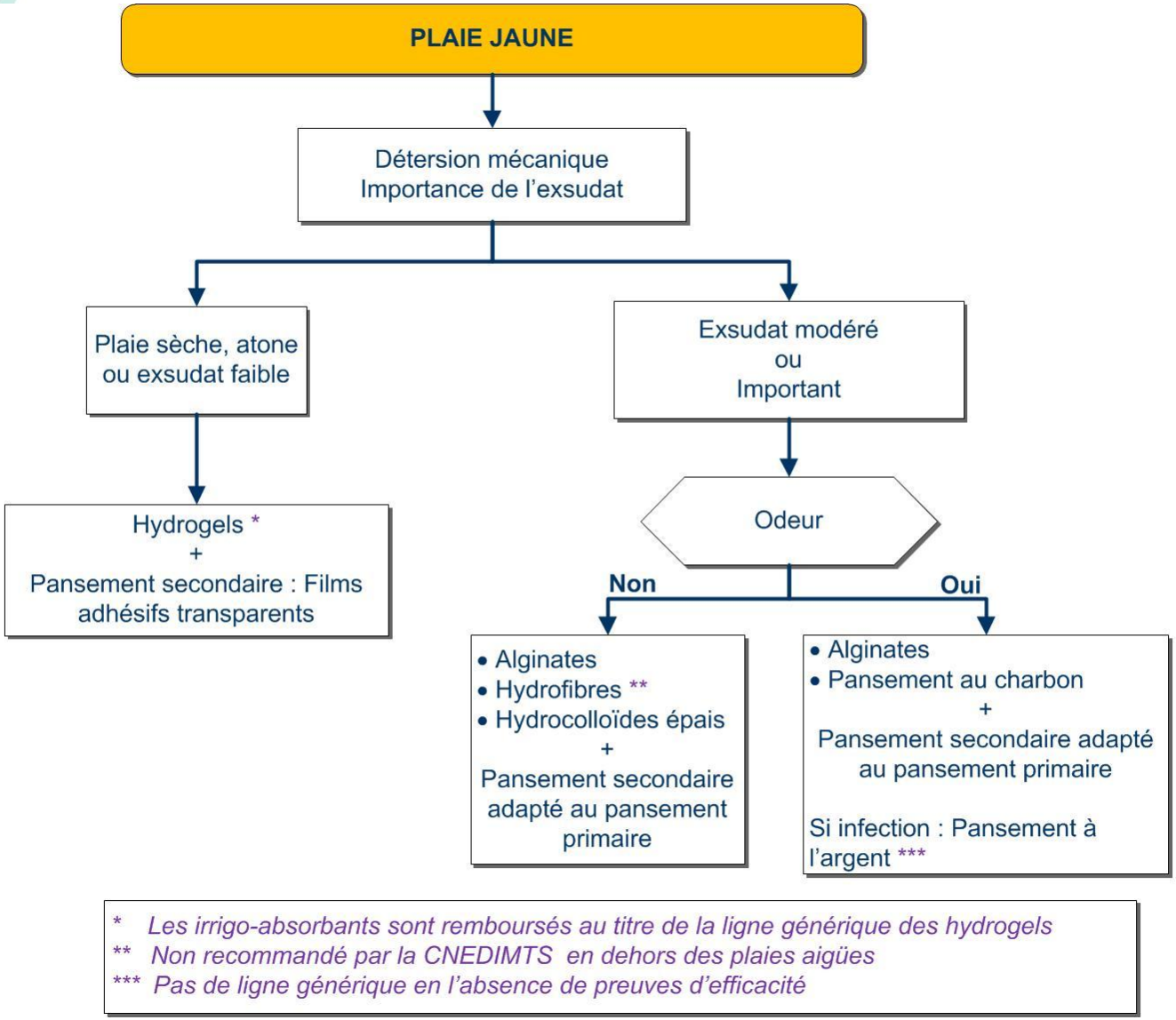
Escarres : prévention et prise en charge



* *Les irrigo-absorbants sont remboursés au titre de la ligne générique des hydrogels*
** *Non recommandé par la CNEDIMTS en dehors des plaies aigües*

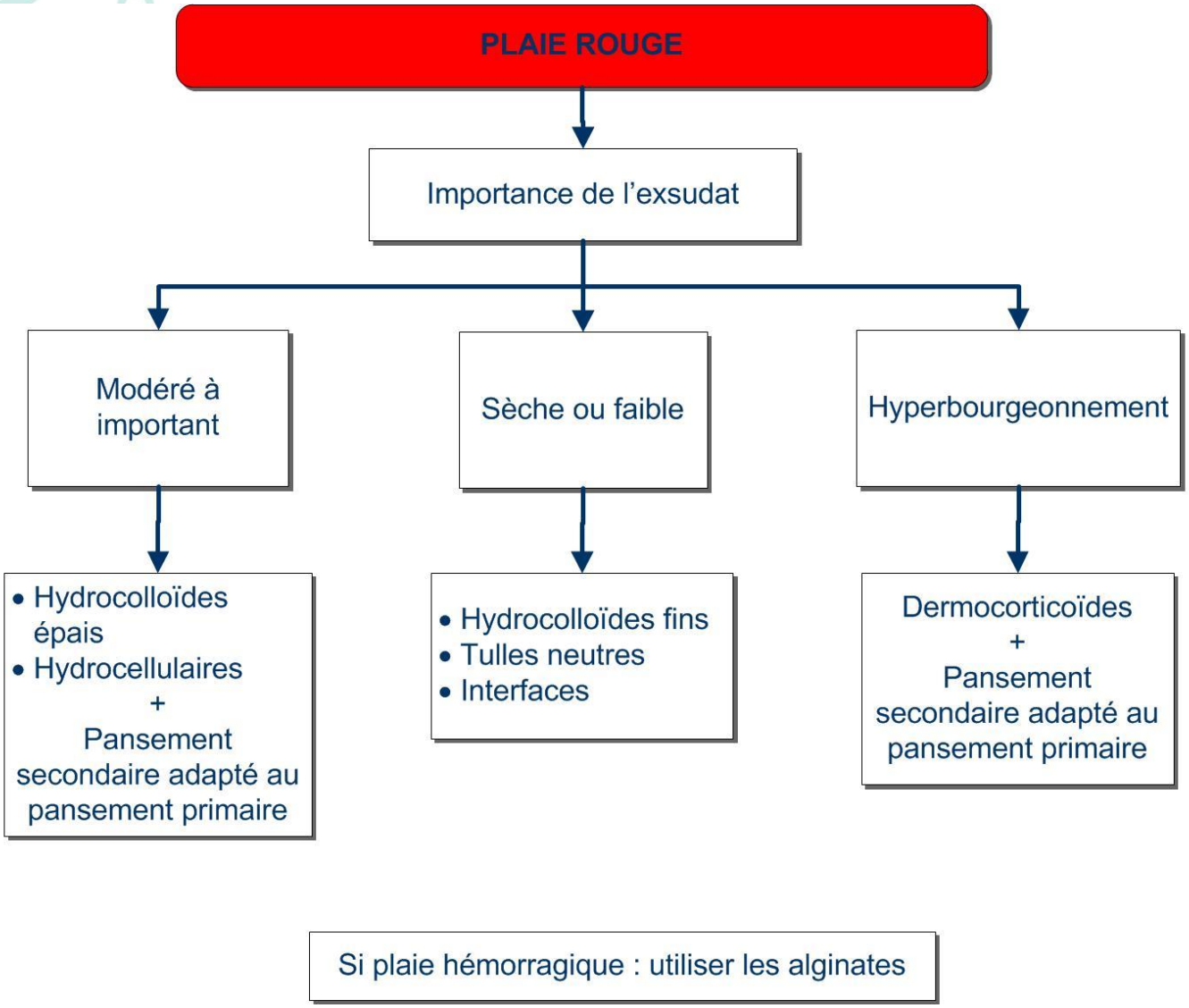
Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Escarres : prévention et prise en charge

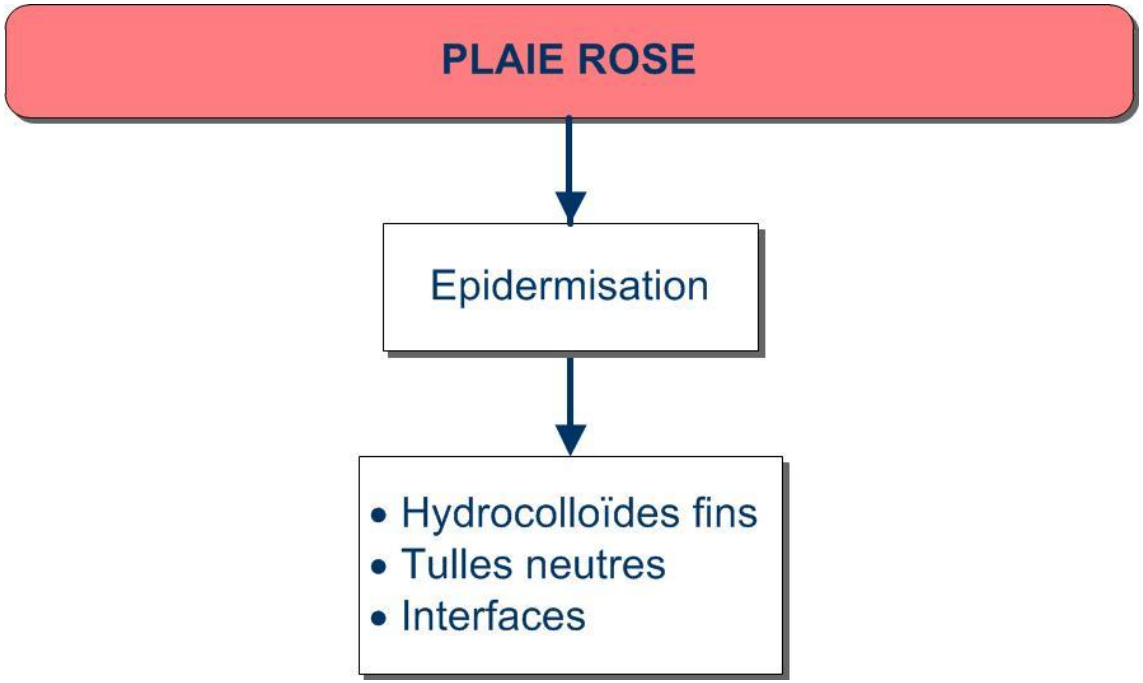


* *Les irrigo-absorbants sont remboursés au titre de la ligne générique des hydrogels*
** *Non recommandé par la CNEDIMTS en dehors des plaies aigües*
*** *Pas de ligne générique en l'absence de preuves d'efficacité*

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012



Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012



Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Stade I : Rougeur

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

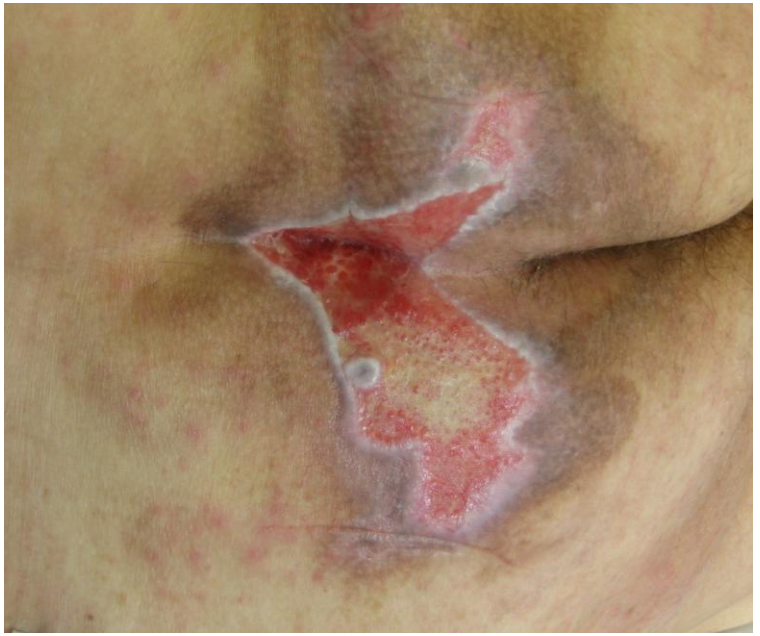
Stade II : Phlyctène

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Stade II : Désépidermisation

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Stade III : Atteinte dermo-épidermique



Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Stade IV : Atteinte des tissus profonds

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Escarres : prévention et prise en charge

Classe de pansement et nom commercial des gammes (à la date du 09/01/2012)								
Laboratoire	**Hydrogels**	**Alginates**	**Hydrofibres**	**Hydrocolloïdes**	**Hydrocellulaires**	**Pansement au charbon**	**Interfaces**	**Pansement vaseliné**
Aelslife	Neoheal®							
B.Braun	Askina gel®	Askina Sorb®		Askina® Hydro ou Biofilm	Askina®	Askina carbosorb®	Askina Silnet®	
Brothier		Algostéril®						
Coloplast	Purilon gel®	Seasorb®		Comfeel®	Biatain®		Physiotulle® ***	
Convatec	Duoderm Hydrogel®		Aquacel®	Duoderm®	Combiderm®, Versiva®	Carboflex®		
Covidien (Kendall-Tyco)	Aquaflo®, Curagel®, Curafil®	Curasorb® *Ultec Pro® (alginate et hydrocolloïde)*		Ultec Pro® **	Copa®			
Hartmann	Hydrosorb® Hydroclean® *	Sorbalgon®		Hydrocoll®	Permafoam® Hydrotac ®		Atrauman®, Hydrotulle®***	Grassolind Neutral®
Lohmann	Suprasorb G®	Suprasorb A®		Suprasorb H®	Suprasorb P®	Vliwaktiv®		Lomatuell H®
3 M	3 M Tegaderm Hydrogel®	3 M Tegaderm Alginate®		3 M Tegaderm Hydrocolloïd®	3 M Tegaderm Foam®		3 M Tegaderm Contact®	
Mölnlycke	Hypergel®, Normlgel®	Melgisorb®			Mepilex®		Mepitel®	
Smith & Nephew	Intrasite®	Algisite M®			Allevyn®	Carbonet®		Jelonet®
Solvay								Vaselitulle®, Tulle Gras Solvay®
Systagenix (Johnson & Johnson)	Nu-gel® *				Tielle®	Actisorb Ag +®		Adaptic®
Urgo	Urgo Hydrogel®	Urgosorb®		Algoplaque®, Urgomed®	Urgotul Absorb®		Urgotul®	

** Pansement irrigo-absorbant* *** Avec alginate* **** Avec CarboxyMéthyl Cellulose*

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Escarres : prévention et prise en charge

Laboratoire	Pansement à l'argent (à la date du 09/01/2012)				
	Hydrocellulaire	Alginate	Hydrofibre	Interface	Pansement au charbon
Aelslife					
B.Braun		Askina Calgitrol Ag®			
Brothier					
Coloplast	Biatin Ag®			Altreet Ag®	
Convatec			Aquacel Ag®		
Covidien (Kendall-Tyco)					
Hartmann					
Lohmann		Suprasorb A Ag®			Vliwaktiv Ag®
3 M					
Mölnlycke	Mepilex Ag®				
Smith & Nephew	Allevyn Ag®	Acticoat Absorbent®		Acticoat®	
Solvay					
Systagenix (Johnson & Johnson)		Release Ag®			Actisorb Ag +®
Urgo	Urgocell Ag® *			Urgotul Ag® *	

** Seuls les pansement URGO sont remboursés LPPR*

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Escarres : prévention et prise en charge

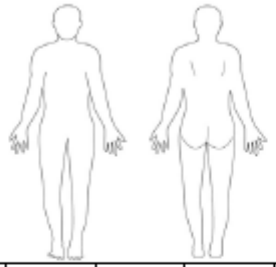
Logo de l'établissement Cachet du professionnel de santé	FICHE DE SUIVI DES PLAIES	Identification du patient (étiquette patient ou nom-prénom-âge en ville)	Date de validation N° de procédure

Localisation et stade *

.....

.....

.....



* Une fiche par localisation

DATES	Soins							
	Réfection le							
Stade de la plaie								
Rougeur		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Désépidermisation ou phlyctène		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Nécrose		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Fibrine		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Bourgeonnement		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Epidermisation		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Etat de la plaie								
Exsudats :		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
• aucun		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
• faible		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
• moyen		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
• important		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Saignements		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Odeur		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Infection pathologique		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Profondeur :		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
• cavitaire		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
• fistule		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Douleur		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Peau péri-lésionnelle								
Saine		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Erythémateuse		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Inflammée		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Macérante		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Réaction allergique		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Objectifs des soins								
Cicatrisation en milieu humide		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Relancer une plaie atone		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Lutte contre l'infection		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Améliorer la qualité de vie		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Pansements								
Hydrogel		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Irrigo-absorbant		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Alginate		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Hydrofibre		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Hydrocolloïde		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Hydrocellulaire		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Pansement au charbon		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Pansement à l'argent		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Interfaces ou tulles neutres		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Pansement secondaire		❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

[1] Fromantin I, Falcou MC, Baffie A, et al. Inception and validation of a pressure ulcer risk scale in oncology. J Wound Care 2011;20:328, 330-4.
[2] Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. Palliat Med 2010;24:669-73.
[3] Galvin J. An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting. Int J Palliat Nurs 2002;8:214-21.
[4] Graves N, Birrell F, Whitby M. Effect of pressure ulcers on length of hospital stay. Infect Control Hosp Epidemiol 2005;26:293-297.
[5] Maida V, Ennis M, Kuziemsky C, et al. Wounds and survival in cancer patients. Eur J Cancer 2009;45:3237-44.
[6] Health Council of the Netherlands. Pressure Ulcers. The Hague: Health Council of the Netherlands; 1999. Publication 1999/23.
[7] L'arrêté du 13 avril 2007 [10] (lien), fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire
[8] Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé (Conférence de Consensus 2001) HAS.
[9] Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée (Avril 2007) HAS.
[10] Arrêté du 2 décembre 2009 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des nutriments pour supplémentation orale inscrits à la sous section 1, section 5, chapitre 1er, titre 1e, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité Sociale.
[11] Bonnes pratiques diététiques en cancérologie : dénutrition et évaluation nutritionnelle (Recommandations pour la Pratique Clinique 1999) SOR FNCLCC
[12] www.escarre.fr/prevention/effleurage/principes.php (consulté le 02/11/2011)
[13] GIPS study group. Preventing the occurrence of pressure ulceration in hospitalised elderly patient. J. Of Wound Care. Feb. 2005 ; 14 : 78–82.
[14] D. Colin, D. Chomard, C. Bois, J.-L. Saumet. Etude de l'efficacité de Sanyrène® dans la prévention de l'escarre au moyen de la mesure de la pression d'oxygène transcutanée. Soins. Novembre 1997 ; 620 : 1–4.
[15] Commission d'évaluation des produits et prestations. Avis de la commission : Sanyrène. HAS, janvier 2006 ; 1–5.
[16] Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé. Avis de la Commission relatif aux articles pour pansements. CNEDIMTS. 12 janvier 2010 ; 3 p.
[17] Fiches de bon usage Europharmat : www.euro-pharmat.com/fichesBU.asp?r=2 (consulté le 02/11/2011).
[18] R. Handschuh. Cicatrisation assistée d'une plaie par traitement par pression négative (TPN ou VAC Therapy). L'escarre. 2010 ; 48 : 44-51.
[19] HAS. Evaluation des traitements de plaies par pression négative. Haute Autorité de Santé - Service évaluation des dispositifs. Janvier 2010 ; 61 p.
[20] P. Vikatmaa, V. Juutilainen, P. Kuukasjärvi, A. Malmivaara. Negative Pressure Wound Therapy : a Systematic Review on Effectiveness and Safety. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2008 ; 36 :438-448.
[21] Sven Gregor, Jan F. Krahn. Negative Pressure Wound Therapy : A Vacuum of Evidence ? Arch Surg. 2008 ; 143 : 189-196.
[22] Hu K.X, Zhang H.W, Zhou F. et al. [Observation on the therapeutic effects of negative-pressure wound therapy on the treatment of complicated and refractory wounds]. Zhonghua Shao Shang Za Zhi. 2009 ; Aug ;25 : 249-52.
[23] E. Andrea Nelson. Vacuum assisted closure for chronic wounds : a review of the evidence. European Wound Management Association Journal. 2007 ; 7 : 5-11.
[24] HAS. Bon Usage des technologies de santé : Traitement des plaies par Pression Négative (TPN) : des utilisations spécifiques et limités. HAS, janvier 2011.
[25] HAS. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé (Conférence de Consensus 2001) HAS.

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012

Coordination

MAHMOUDI Rachid (ONCOCHA), THEVENET Géraldine (RRC RA), TOUSSAINT Sophie (ONCOLOR), VANHAECKE-COLLARD Claire (ONCOCHA).

Membres du groupe de travail (ONCOLOR)

CARAYON Isabelle, CUNY Jean-François, DEGREMONT Pascal, GUIRLINGER Patricia, KEMP Mireille, MATZ Véronique, MERCIER-COURTOIS Isabelle, SIMON Mireille, THOUVENIN Aline, VUILLEMIN Nicole.

Coordination méthodologique

FABIE Nathalie (ONCOLOR).

Relecture

BARROIS Brigitte (ONCORIF), BOULEUC Carole (ONCORIF), FROMANTIN Isabelle (ONCORIF).

Approbateurs (Participants aux ateliers des J2R du 01 décembre 2011)

LADRAT Laure (ONCO NORD PAS DE CALAIS), MYON Yves (ONCOCHA), OLIVIER Françoise (ONCOLIM), POITTEVIN Vanessa (ONCOCHA), CHENET Amandine (ONCO PAYS DE LA LOIRE), GEOFFROY Sylvie (ONCOCHA).

Copyright AFSOS, version du 04 janvier 2012